



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

TRANSKULTURELL OMVÅRDNAD I SENT PALLIATIVT SKEDE

En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter
av olika utmaningar i vårdmöten

Alice Ramtjärn och Hanna Ågren

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Helene Berglund som har hjälpt och stöttat oss under arbetets gång. Vi vill även tacka den hemsjukvårdsenhet som välkomnat oss att skriva vår uppsats i samarbete med dem. Ett extra stort tack till de sjuksköterskor som deltagit i vår intervjustudie och delat sina berättelser med oss.

Titel (svensk)	Transkulturell omvårdnad i sent palliativt skede – En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter av olika utmaningar i vårdmöten
Titel (engelsk)	Transcultural care in a late palliative stage – An interview about nurses experiencing challenges in healthcare encounters
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Alice Ramtjärn och Hanna Ågren
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Lisen Dellenborg

Sammanfattning:

Under det senaste decenniet har invandringen i Sverige ökat kraftigt. Till följd av detta har transkulturell omvårdnad blivit en stor del av sjuksköterskans vardag. När olika kulturer möts i vården av en patient i ett sent palliativt skede uppstår ofta någon form av kulturella krockar, vilket medför utmaningar i mötet. Syftet med den här kvalitativa intervjustudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av utmaningar som kan uppstå i transkulturella möten inom sen palliativ vård. Genom att intervjua fem sjuksköterskor som arbetade med patienter i ett sent palliativt skede, kunde sjuksköterskornas erfarenheter undersökas. Resultatet delades in i fem kategorier: *uppkomsten av utmaningar, betydelsen av kommunikation, sjuksköterskans inställning, resurser för en god transkulturell vård samt hantering av utmaningar*. För en god transkulturell omvårdnad av patienter i sent palliativt skede drogs slutsatsen om det stora behovet av sjuksköterskans kunskap. Den behöver kulturell kompetens, kunskap om palliativ vård samt tid för reflektion över sin egen kultur och förförståelse. Sjuksköterskan behöver också vissa organisatoriska förutsättningar för att kunna ge denna vård.

Nyckelord:	Transkulturell omvårdnad, sen palliativ vård, sjuksköterskors erfarenheter, utmaningar, vårdmöte
------------	--

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Transkulturell omvårdnad.....	2
Vård i livets slutskede.....	3
Utmaningar i transkulturella möten.....	3
Kulturell kompetens	5
Problemformulering.....	5
Syfte	5
Metod	6
Urval	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	7
Resultat.....	7
Uppkomsten av utmaningar.....	8
Anhörigas önskan om åtgärder	8
Fördomar om personalens kompetens	9
Betydelsen av kommunikation	9
Språkförbistringar	9
Hantering av språkproblem.....	10
Sjuksköterskans inställning	11
Positiv attityd	11
Negativa attityders spridning	12
Resurser för en god transkulturell vård	12
Organisatoriska förutsättningar.....	12
Kompetens	13
Hantering av utmaningar	15
Personalens förståelse för andra kulturer.....	15
Sjuksköterskors bemötande av patienter och anhöriga.....	15
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	19
Att mötas på halva vägen.....	19
Tolk och kommunikation.....	20
God transkulturell omvårdnad	21

Implementering i sjukvården	22
Slutsats.....	22
Referenslista	23
Bilaga 1 – information till forskningsperson	
Bilaga 2 – intervjuguide	

Inledning

Bemötande av patienter från andra delar av världen kan vara komplext. Cowan och Norman (2006) berättar om hur sjuksköterskors förmåga att anpassa vårdgivandet efter patientens kulturella föreställningar och praktiker har varit observerat sedan Florence Nightingales tid utomlands på 1800-talet. Jirwe, Momeni och Emani (2014) beskriver hur hanteringen av olika utmaningar är vanligt förekommande i transkulturella möten i vården. De understryker vikten av kulturell kompetens för att kunna förstå andra människors synvinklar. Att dessutom utföra den transkulturella vården i ett sent palliativt skede kräver ytterligare kunskap om patienters traditioner och värderingar (Lindqvist och Rasmussen, 2014).

Bakgrund

Jirwe et al. (2014) berättar om hur den transkulturella vården som begrepp uppkommit som ett resultat av ökad invandring och som ett försök att förstå och därmed ge bättre och tryggare vård till patienter med andra traditioner och tankesätt. Begreppet är högst relevant i Sverige idag då det enligt Statistiska centralbyrån (2018) invandrade 132 602 människor hit under 2018. Sedan slutet av 1980-talet har invandringen ökat med över 300% i Sverige fram tills idag (Migrationsinfo, 2016). Under 2018 berodde 80% av folkökningen i Sverige på invandring. Statistiska centralbyrån (2018) definierar invandrare som alla inflyttade till Sverige, som folkbokför sig här, samt svenskfödda som återvänder till Sverige. Den ökade invandringen beror till stor del av ökade oroligheter och konflikter i runt om i världen (Migrationsinfo, 2017).

Den ökade invandringen i landet leder till en ökad kulturell variation, vilket bland annat visar sig inom hälso- och sjukvården. Jirwe et al. (2014) menar att vårdgivare i Sverige idag har svårigheter med transkulturell omvårdnad då det ofta uppstår missförstånd och situationer där det inte finns verktyg för problemlösning tillgängliga. I en studie av Richardson, Thomas och Richardson (2006) upplever sjuksköterskor stress och osäkerhet i möten med patienter med rötter i en kultur skild från sjuksköterskans. De uttrycker en rädsla för att inte kunna upprätthålla god vård, bland annat till följd av språkförbistringar, okunskap om kulturen samt eventuell strukturell rasism.

Kemp (2005) menar att språkbarriärer mellan patient och vårdare upplevs frustrerande för patienten. Patienten väljer då att endast berätta om sina absolut nödvändigaste och mest basala behov, då orken inte finns till övrig konversation. Jirwe et al. (2014) beskriver hur kommunikationsproblem lätt leder till missförstånd mellan patient/anhöriga och vårdpersonal.

För de flesta som invandrat till Sverige är i stort sett allt nytt – landet, språket och kulturen. En känsla av utanförskap tillhör därmed vardagen. En del av dessa människor har även upplevt trauman såsom krig, tortyr och flykt. När en människa är i livets slutskede, eller är

anhörig till någon i livets slutskede, är det vanligt att dessa traumatiska minnen och känslan av utanförskap försvåras, och patienten/den anhöriga är då extra skör (Kemp, 2005).

Negativa attityder och fördomar hos vårdpersonal mot människor med en kulturell/etnisk tillhörighet skild från personalens, förekommer inte allt för sällan inom hälso- och sjukvården. Detta leder till att dessa människors vård försämras och onödigt lidande skapas (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding och Normand, 2003).

Den här studien utfördes i samarbete med och ägde rum i ett hemsjukvårdsområde i en stadsdel i utkanten av en stor stad i Sverige. Stadsdelen har 52 720 invånare, varav 75% har utländsk bakgrund. Utländsk bakgrund syftar i detta fall till personer som är födda utomlands, alternativt födda i Sverige där båda föräldrarna är utlandsfödda (Göteborgs stad, 2018). Hemsjukvården har samarbete med ett team som arbetar med avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), som utför palliativ vård i stadsdelen på dagtid. Under nattetid och helger utförs den palliativa vården av hemsjukvårdens personal. Hemsjukvård erbjuds till personer som är i behov av sjukvård men inte har möjlighet att ta sig från hemmet. För de som behöver mer komplex vård erbjuds, istället för hemsjukvård, ASIH (1177 Vårdguiden, 2018).

Transkulturell omvårdnad

Det transkulturella konceptet beskrivs som förbindelsen mellan kulturer (Trans-kulturell, 2007). Jirwe et al. (2014) berättar om hur omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger skapade den första omvårdnadsteorin som utgår från transkulturella aspekter. I en intervju med Leininger i tidskriften *Nursing* (1996) illustrerar hon den transkulturella omvårdnaden genom att berätta om sjuksköterskans utmaningar i mötet med människor med annan kulturell tillhörighet. Hon ger också exempel på kunskapen den kan ge, som kan leda till god och jämlik vård. Ansuya (2012) beskriver hur Leininger förklarade att vårdande handlar om att bry sig och att detta också är huvudsyftet med den transkulturella vården.

Det finns även andra sätt att tolka mötet mellan människor från olika kulturer, med mer fokus på ett socialkonstruktivistiskt synsätt där människans beteende avgörs av hens interaktioner med andra. Gustafson (2005) menar att den transkulturella omvårdnadsteorin saknar tydlig riktning mot synen på människan som olik tänkande, utan cementerar människan som ett direkt resultat av sin kultur. Helman (2007) understryker däremot att det transkulturella omvårdnadsbegreppet kan beskrivas som en analysmetod av kulturella skillnader och som ett resultat av strukturer i samhället, utan att påstå att alla människor från en kultur är lika.

Enligt Helman (2007) kan begreppet kultur beskrivas som socialt överförbara levnadsmönster/riktlinjer som förflyttas från generation till generation i ett samhälle, ofta genom symboler och ritualer. Riktlinjerna lär individen ett sätt att se på samhället, möten med andra människor och sina känslor. Alla människor tillhör någon slag kultur, och många tillhör flera kulturer. Det är ofta svårt att se sina egna kulturella drag, då dessa drag funnits med sedan barndomen och upplevs som en normalitet. (Jirwe et al., 2014).

Chater och Tsai (2008) understryker att det kan vara svårt att definiera vad kultur är exakt. Begreppet kan avgränsas till grupperns gemensamma åsikter, normer och livsåskådning. Det kan också innefatta gemensamma lagar och ideologier som leder till hur rätt och fel uppfattas samt förhållande till liv och död. De skildrar även svårigheterna i kulturbegreppet då det anses som en konstruktion av samhällen och människor som automatiskt skapar skiljelinjer mellan folkgrupper, i förhållande till tillhörighet.

Vård i livets slutskede

Sjukvårdspersonal definierar ofta palliativ vård på olika sätt. Sjukvårdspersonal tror ofta att palliativ vård enbart handlar om vård i livets slutskede (Tasseff, Tavernier, Watkins, & Neill, 2018). Om sjukvårdspersonal missförstår begreppet *palliativ vård* finns risk för hinder för en god vård, då begreppet har förlorat sin mening (LeBlanc et al., 2015). Att anse palliativ vård synonymt med vård av den döende patienten är felaktigt. Den palliativa vården var först en nystart och ett resultat av vård som var otillräcklig för att uppfylla den döende patientens behov. Den palliativa vården är uppbyggd av strukturer, forskning och bestämmelser för att främja ett värdigt avslut (Strang, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2013) är syftet med palliativ vård att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter som lider av en obotlig och dödlig sjukdom, samt finnas som stöd för patientens anhöriga.

Palliativ vård kan delas in i tre faser, en tidig fas, en sen fas och en övergångsfas i skiftet mellan tidig och sen fas. Den tidiga fasen startar när en patient får besked om en progressiv, obotlig sjukdom och vården går ut på att förlänga patientens liv och främja livskvaliteten. Den här fasen kan vara allt från någon dag till flera år lång beroende på vilken typ av sjukdom patienten lider av, samt patientens skick. I den sena palliativa fasen är patientens skick sämre, vården går fortfarande ut på att främja livskvaliteten, men också att lindra lidande, både hos patient och anhöriga. Den sena fasen är ofta kortare än den tidiga, och utspelar sig i livets absoluta slutskede. Det kan vara svårt att veta när den tidiga fasen går över till den sena och därför är ofta övergångsfasen flytande i många fall (Socialstyrelsen, 2013).

Utmaningar i transkulturella möten

Svensk sjuksköterskeförening (2016) belyser sjuksköterskans viktigaste etiska omvårdnadsansvar som bland annat respekt för sårbarhet, värdighet, integritet och autonomi. Dessa begrepp kan ha olika meningar i olika kulturer. Mitchell, Gale, Matzo, McDonald och Gadmer (2002) förklarar att tillräckligt god transkulturell omvårdnad inte kan uppstå om inte sjukvårdspersonalen rannsakar sina egna åsikter då de bemöter andras. Ett dömande bemötande lämpar sig inte i det transkulturella mötet då en öppen förståelse är nödvändig.

I samtalet kring transkulturell omvårdnad är det viktigt att även nämna postkolonialism. Begreppet belyser de konsekvenser kolonialismen hade på samhället, som finns kvar än idag. Postkolonialism kritiserar bilden av att västvärlden är upplyst till skillnad från öst som är mörkt. Under kolonialismen var det västvärlden mot "de andra", väst ansågs ha kommit längst i utvecklingen och öst var förenat med natur och irrationalitet. Postkolonialismen understryker

att dagens etiska diskriminering och rasism har en historisk grund i kolonialismen (Blackford, 2003).

Chater och Tsai (2008) ger en inblick i varför vissa stereotypa västerländska värderingar ser ut som de gör och att de från början uppstått från västerländska filosofer. De jämför autonomin som en självklar norm i västvärlden med dess potentiella skada, exempelvis oron som dåliga nyheter om hälsa kan ge den sjuke patienten om de ges individuellt istället för till anhöriga. Frågor om människan som en del av ett sammanhang, i jämförelse med den distinkta individen ställs, och plötsligt nyanseras vad begreppet autonomi egentligen är. Inte bara rätten att veta allt om sin kanske dödliga sjukdom, utan också rätten att välja om man vill veta eller ej.

Vård i livets slutskede går ut på att göra patientens sista dagar så bra som möjligt. Det handlar om att lindra lidandet och behålla mening, värdighet och hopp in i det sista (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Kemp (2005) förklarar att lidande inom vissa kulturer ses som något en människa ska gå igenom. Det kan handla om ett straff mot synd, ett sätt att visa styrka, en reningsprocess eller något som tillhör livet. När en människa med sådan eller liknande syn på lidande hamnar inom palliativ vård förekommer det att patienten eller anhöriga motsätter sig vården. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2007) är det sjuksköterskans skyldighet att respektera personers och familjers trosuppfattning, värderingar och sedvanor.

Benzein, Hagberg och Saveman (2017) menar att familjerelaterad omvårdnad, det vill säga vården med anhöriga omkring patienten, växer sig starkare i dagens vård. Svensk sjuksköterskeförening (2015) berättar att familjen kan ses på olika sätt men att den ofta beskrivs som olika individer sammanbundna av olika anledningar. Till skillnad från den västerländska uppfattningen understryker Chater och Tsai (2008) den traditionella kinesiska familjen som en enhet istället för en samling enskilda individer.

Dessa olika värderingar som skiljer sig från sjuksköterskans eget synsätt kan vara svåra att förbise i vårdmötet. Somerville (2007) beskriver hur det kan vara svårt att som sjuksköterska försöka finna en lämplig väg till god kommunikation med en patient av en annan kultur. Ett försök som vissa sjuksköterskor använder för att göra sig förstådd, är att tillämpa patientens kultur. Detta är sällan uppskattat av patienten då sjuksköterskans försök till att behandla patienten likvärdigt med andra till det motsatta, då de blir behandlade annorlunda. Det kan vara problematiskt att särskilja någon med fokus på att de är avvikande. Somerville (2007) förklarar fortsättningsvis hur brist på utbildning om transkulturella möten gör att många sjuksköterskor ser den transkulturella kommunikationen med patienten som mycket ansträngande då missförstånd fruktas. Somerville (2007) menar att detta kan leda till att en relation baserad på tillit i mötet, inte kan uppstå på grund av rädsla.

Patientlagen (SFS 2014:821) beskriver hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge hela befolkningen en god vård på samma villkor, och att vården ska ges i respekt till den enskilda personens värderingar, integritet och självbestämmande. Lagen beskriver också att vården ska

utformas i samråd med patient och att patientens anhöriga ska få medverka om det är lämpligt och inga andra bestämmelser hindrar detta.

Kulturell kompetens

Gunaratnam (2007) beskriver fördelen av att sjuksköterskan har kulturell kompetens i transkulturella möten inom palliativ vård. Sjuksköterskan kan då lättare relatera till patienten och få en ökad förståelse för situationen.

Kemp (2005) beskriver att kulturell kompetens är uppdelad i två delar, generell och specifik. Generell kulturell kompetens innebär kunskap om tvärkulturella möten. Genom erfarenhet av och observationer från tvärkulturella möten kan den generella kulturella kompetensen förbättras. Specifik kulturell kompetens innebär däremot att ha kunskap om specifika kulturer och deras traditioner. Kunskapen kan exempelvis uppstå genom att läsa böcker eller träffa en person från en viss kultur. Risken med specifik kulturell kompetens är att kunskapen generaliseras och appliceras på alla från en viss kultur, vilket kan leda till missförstånd då det inom samma kultur kan förekomma skilda värderingar och livsåskådningar. Gunaratnam (2007) menar dock att specifik kompetens om kulturer och religioner hjälper sjuksköterskan att lättare förstå patientens situation. Även om sjuksköterskan exempelvis inte har kunskap om patientens specifika religion, kan sjuksköterskan använda sina generella kunskaper kring det spirituella och övermänskliga för att förstå patientens tro bättre.

Gunaratnam (2007) beskriver vikten av att, som sjuksköterska, rannsaka sig själv och sin kulturella kompetens för att inte stereotypera patienter och familjer. En människa och dess värderingar är mer komplexa än en kultur. Det är därför lämpligt att inte ta eventuell förkunskap kring kulturer som enda sanningen, utan alltid fråga personen hur hen ser på situationen.

Problemformulering

Arbetet som sjuksköterska medför möten med många olika slags människor, där många har en bakgrund i andra kulturer än sjuksköterskan. I sen palliativ vård, där patienter och anhöriga är sköra, kan olika utmaningar lätt uppstå när kulturer och värderingar möts. I dessa situationer när sjuksköterskans ansvar är att göra patientens sista tid så bra som möjligt, är det svårt att veta vad som är rätt handlande. Forskning visar att sjuksköterskor upplever transkulturella möten som en stor utmaning, då etiska dilemman riskerar att skapas och en god omvårdnad vid livets slutskede kan vara svår att upprätthålla.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av utmaningar som kan uppstå i transkulturella möten inom sen palliativ vård.

Metod

För att svara på syftet har en kvalitativ intervjustudie genomförts (Kristensson, 2016). Enligt Danielsson (2017a) är intervjustudie en passande metod när syftet är att undersöka upplevelser av en viss händelse eller situation. Syftet i denna studie var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter, och intervjuer ansågs därför som en lämplig metod. Enligt Danielson (2012) var analysen induktiv, då innehåll undersöks utan förbestämd hypotes.

Urval

Informanterna valdes ut inom ett hemsjukvårdsområde samt ett ASIH-område i en invandrartät stadsdel utanför en stor stad i Sverige. Urvalsstrategin som användes var maximalt varierat urval (Kristensson, 2016), där informanterna valdes ut för att få så stor variation som möjligt utifrån kriterierna ålder, år som sjuksköterska, arbetserfarenhet på arbetsplatsen, kön samt kulturell bakgrund. Inklusionskriterierna för urvalet var att informanterna skulle arbeta som sjuksköterskor med patienter i ett sent palliativt skede. Exklusionskriterierna för studien var sjuksköterskor som arbetat på arbetsplatsen i mindre än sex månader. Med hjälp av vårdenhetschefen på hemsjukvårdsenheten valdes informanterna ut genom att information skickades ut via mejl. När sjuksköterskan visat intresse för medverkan i studien skickades Forskningspersonsinformation (Etikprövningsmyndigheten, u.å.) (se bilaga 1) ut som sjuksköterskan godkände före intervjun ägde rum.

Elva sjuksköterskor tillfrågades om deltagande i studien, fem av dessa tackade ja. Fyra av dem arbetade inom hemsjukvården, två på dagen och två på natten. Den femte sjuksköterskan arbetade med avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) under dagtid. En var man och resterande var kvinnor. Sjuksköterskorna hade olika kulturell bakgrund, exempelvis beträffande religion och etnicitet. Informanternas ålder, yrkeserfarenhet och antal år anställda på arbetsplatsen beskrivs i tabell 1.

Tabell 1. Informanternas ålder, yrkeserfarenhet och år anställda på arbetsplatsen.

Ålder i år	
Intervall	30–63
Median	33
År som sjuksköterska	
Intervall	1,5–40
Median	8,5
Tid på arbetsplats	
Intervall	7 månader–8,5år
Median	1,5 år

Datainsamling

Intervjuerna ägde rum under en tvåveckorsperiod på hemsjukvårdens respektive ASIH:s kontor. De utfördes av studiens författare tillsammans och varade mellan 14 och 28 minuter, mediantiden var 18 minuter. Intervjuerna var semistrukturerade, vilket innebär att alla

intervjuer utgick från samma frågor men frågorna var öppna och plats för följdfrågor samt eget berättande fanns (Kristensson, 2016). Intervjuguiden som användes som stöd finns i bilaga 2. Samtalen spelades in på en diktafon och raderades direkt efter transkribering. Ansvar för intervjuerna delades upp lika mellan författarna, den som hade ansvaret för en intervju ledde samtalet och transkriberade inspelningen efteråt. Den författaren som inte hade ansvar för en intervju observerade samtalet och ställde eventuella följdfrågor för att få mer utvecklade svar.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades av författarna med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Danielsson, 2017b). Denna analysmetod användes då den är en bra nybörjarmetod och är lämplig för intervjustudier (Kristensson, 2016). Wibeck (2012) berättar om vikten av den noggranna innehållsanalysen, med ett hållbart och genomtänkt system för att undvika ett oberäkneligt resultat. Hon beskriver hur det är den gemensamma produkten av många människors enskilda uppfattningar man vill hitta. Därav krävs ett pålitligt sätt att hitta upprepade kategorier. Det som gjordes i den här studien för att strukturera analysen var att manuellt organisera nyckelmeningar som kunde kondenseras och kodas för att sedan sammanställas och utforma kategorier och underkategorier.

Resultat

Resultatet visade på sjuksköterskors erfarenheter av transkulturella utmaningar i sen palliativ vård, och hur de hanteras enligt sjuksköterskorna själva. Resultatet kan delas upp i fem kategorier: *uppkomsten av utmaningar*, *betydelsen av kommunikation*, *sjuksköterskans inställning*, *resurser för en god transkulturell vård* samt *hantering av utmaningar*. Se kategorier och underkategorier i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Uppkomsten av utmaningar	Anhörigas önskan om åtgärder Fördomar om personalens kompetens
Betydelsen av kommunikation	Språkförbistringar Hantering av språkförbistringar
Sjuksköterskans inställning	Positiv attityd Negativa attityders spridning
Resurser för en god transkulturell vård	Organisatoriska förutsättningar Kompetens
Hantering av utmaningar	Personalens förståelse för andra kulturer Sjuksköterskans bemötande av patient och anhöriga

Uppkomsten av utmaningar

Utmaningar i intervjuerna dokumenterades genom sjuksköterskornas upplevelser av olika uppfattningar som kunde skapa obekväma situationer mellan patienten, anhöriga och vårdpersonal. Kategorins första underkategori: *anhörigas önskan om åtgärder*, tar upp hur fortsatta kontroller och åtgärder, som i medicinskt syfte inte ger någon nytta, behålls i vården. Kategorins andra underkategori: *fördomar om personalens kompetens*, handlar om samhällsformade fördomar hos patienter och anhöriga.

Anhörigas önskan om åtgärder

Många av informanterna ansåg att anhöriga ofta, även med vetskapen om patientens stundande död, inte kunde förstå. Det vill säga *förstå* som i greppande och hantering. Acceptans för döden ansågs svårfunnen. När de inte kunde acceptera döden blev följden att anhöriga önskade åtgärder och undersökningar som sjuksköterskorna ansåg onödiga och omotiverade för patienten och åtgärder som går emot palliativa principer om att inte orsaka onödigt lidande. Dessa kunde istället göras för närståendes skull:

Sen är man där och då vill de att man ska ta blodtryck på en döende. Vad hjälper det? Men man har gjort det. Och sagt "Ni vet vart det här leder..." Och det hjälper inte... Blodtrycket. Den dagen, den stunden. Hjärtat kommer sluta ticka... Det är bara slut. Vi kan inte rädda. Men ibland går det inte in. (Informant 2)

Andra aspekter av viljor hos anhöriga, som kan förklaras av den chock ett sent palliativt skede kan ge, var de palliativa läkemedel som ofta antingen kunde nekas helt eller välkomnas för mycket. Det framkom att vissa anhöriga inte trodde på effekten av morfin och inte ville lyssna på sjuksköterskans försök att förklara varför det behövdes. Dessa anhöriga hade bestämt sig för att andra former av smärtlindring hjälpte, och de kunde inte se att så inte var fallet. I andra fall blev de anhörigas åsyn av deras sjuka närstående för mycket och det framkom att de hade en vilja om att patienten skulle få så mycket mediciner som möjligt för att få slut på lidandet:

Vi har även de som vill ha för mycket. Man får backa liksom och säga att man inte kan ge allt. De ba "jo men gör det". Nästan som att ge så mycket som möjligt så personen kan... dö så snabbt som möjligt. [...] Bara för de vill inte se personen lida. (Informant 4)

Många utmaningar som uppstår i sen palliativ vård bottnar också i anhörigas okunskap. Okunskap som kanske kunde rättas till med ordentlig kommunikation. Vissa anhöriga önskar åtgärder och insatser som till och med kan förvärra patientens problem:

"Han har samlat på sig slem. Ni måste hjälpa till och suga". Och i det läget försöker man verkligen förklara för dem att... Det kommer inte hjälpa. Jag kan göra det, men i och med att jag gör det kommer det bara bildas mer. (Informant 4)

Okunskapen hos anhöriga kunde också i flera fall leda till lidande hos patienten som kunde ha undvikits. En sjuksköterska såg exempelvis hur en patient hade ont men fick inte ge morfin då anhöriga trodde att det skulle döda patienten. En annan sjuksköterska var med om anhöriga som tog hand om patienten felaktigt. De förstod inte att patienten inte kunde äta och svälja, och tvingade då i patienten mat. Oron som leder till oriktig vård kan förklaras av att anhöriga inte får in informationen om den döende patienten. Det förekommer fall där symtom tolkas värre än vad de är, vid minsta smärta antar familjen det värsta. Denna oro kan exempelvis leda till att anhöriga ringer efter ambulans, innan hemsjukvårdspersonal kontaktas, när patienten försämras. Det kanske beror på att de vet att hemsjukvårdspersonalen inte kommer ringa ambulansen, eller för att de förknippar ambulansen med vård som kommer rädda, trots att den vården inte gör någon skillnad i ett sent palliativt skede.

Fördomar om personalens kompetens

Det förekom fördomar som informanterna mött i sitt yrkesliv, både hos anhöriga och patienter. Förutfattade meningar kunde finnas om vårdpersonalens förmågor att vårda och även om deras kompetens. En sjuksköterska berättade exempelvis om en fördom gällande hur utlandsfödd vårdpersonal skulle fungera bättre i arbetet i ett mer invandrartätt område. Hos patienter och anhöriga sågs fördomar om att yngre personal saknade kompetens och ifrågasättande skedde av undersköterskor och deras kunskaper. Den traditionella hierarkiska synen återkom även när det handlade om läkarens ord i jämförelse med sjuksköterskans. Det berättades om hur läkarens ord var det som gav värde och sjuksköterskeyrket saknade anseende i vissa kulturer:

Vi var så nära att ringa jouren för att hon skulle komma. Ibland de värdesätter en läkares ord mer. Vi var så nära, vi ville lösa det på eget sätt. Det här ska inte påverka att vi är sjuksköterskor. Vi kan det här. Vi är sjuksköterskor. Och det ska inte handla om att nån annans ord ska väga mer. (Informant 2)

Betydelsen av kommunikation

Kommunikationen ansågs som central för de problem som sjuksköterskorna hade erfarit. Betydelsen av kommunikation kan delas in i två underkategorier: *språkförbistringar*, vad de innebär och vad de leder till, och *hantering av språkproblem*.

Språkförbistringar

En vanligt förekommande anledning till krävande transkulturella möten, som många av informanterna upplevt, var kommunikationsproblematik på grund av att olika språk talades. Det kunde handla om hur den tydliga dialogen var krävande för sjukvårdspersonalen, svårigheterna när sjuka och äldre tappar sitt språk och de missuppfattningar som kan ske när man ska tala ett annat språk än sitt modersmål i svåra vårdssituationer.

En sjuksköterska berättade om hur de tydliga och bestämda långa samtal hon ofta fann sig tvungen att ha med anhöriga var mycket krävande men värda tiden för att få dem att förstå

och undvika problem. Hon menade att tydliga exempel var tvungna att göras för att få anhöriga att förstå:

Men när jag var där och satt med dem och pratade jättelänge sa jag att ”hade han varit min pappa hade jag gett den här sprutan, för att han behöver den”, ”men tänk om han går bort”, ”ja men han ligger ju inför döden”, det är ju det att man säger det klart och tydligt och berättar för dem. (Informant 3)

Att sedan få berätta samma sak och ha samma samtal om och om igen menade sjuksköterskan också var krävande. De anhöriga spred inte alltid informationen till varandra. Hon upprepade informationen för att undvika missuppfattningar som kunde skapa mycket lidande för patienten.

Exempel på missuppfattningar som skett framkom under många intervjuer. I ett fall fick patienten inte sitt läkemedel då anhöriga missuppfattat läkemedlets effekt. I ett annat fall hade en familj missuppfattat läkaren om tiden för när patienten sannolikt skulle dö.

Det underströks att det var ett hinder att inte prata samma språk som patienten och de anhöriga. En sjuksköterska diskuterade vikten av att i den sista tiden kunna kommunicera på sitt modersmål:

Och det här var ju det här sista tiden, terminala, sista, sista tiden. [...] Men så mycket mediciner hon hade fått och hon skulle inte kunna prata ens med nån. [...] Jag fick ju en sån här klar blick och hon frågade mig på indiska ”hur långt har jag kvar”. Asså det är... Hon skulle aldrig gjort det för nån... [...] Men i och med att jag var indier så helt plötsligt fick jag denna klara blicken... Så det är det som rörde mig. [...] Att kommunicera på detta språket man är född i. Ibland det är så värdefullt. (Informant 2)

Hantering av språkproblem

Verktyg som fanns för att kunna lösa och hjälpa till med språkförbistringar föreslogs bland sjuksköterskorna. För det första berättades det om hur sjuksköterskor lärt sig språk, i alla fall enstaka ord och lärt sig förstå vad patienterna menar och vad de känner. För det andra poängterades det tydliga språket i kontakten med anhöriga:

Ibland får man säga rakt ut, klart och tydligt, ”så här är det, vill du att din pappa ska lida, vill du att han ska ha svårt med andningen?”. Ja, det hjälper när man sitter och diskuterar och pratar med dem. (Informant 3)

För att kunna kommunicera med en patient eller anhörig som inte talar samma språk som sjuksköterskan behövs någon som kan tolka. Behovet av professionell tolk ansåg vissa informanter var stort, men mindre viktigt enligt andra. En sjuksköterska tog upp problematik med tolkbrist under nattetid, en annan visste inte om tolk fanns tillgänglig nattetid. En sjuksköterska ansåg att det räckte med att anhöriga tolkade, en annan tyckte att det var fel att använda anhöriga som tolkar i svåra situationer:

[...] jag har jobbat så många år i hemsjukvården, men vi har aldrig behövt ringa någon tolk, för det finns ju alltid någon anhörig som tolkar eller någon av hemtjänsten som kan patientens språk är där och tolkar. (Informant 3)

Och man ska inte använda närstående som tolk, och speciellt om det handlar om svåra saker, om att livet närmar sig sitt slut. Det kan man inte begära att en närstående ska säga, det är helt fel. Och förövrigt så tror jag inte de gör det. De kanske säger något annat. (Informant 5)

En annan resurs som togs upp av många informanter var fördelen med flerspråkig personal på arbetsplatsen. När språkbarriärer uppkom i mötet med en patient eller anhöriga menade några av sjuksköterskorna att det ofta fanns någon i personalgruppen som kunde språket och då kunde hjälpa till:

Vi är bortskämda för vi är så många med olika språk och olika etniciteter. Vi kan ta hjälp av varandra. (Informant 4)

Ett vanligt sätt att hantera utmaningar som uppstår i sen palliativ vård är att sjuksköterskan försöker informera patient och anhöriga. Informationen kan exempelvis innehålla vad sjuksköterskan rekommenderar för vård och varför, vad en sjuksköterskans profession innebär, olika mediciners effekter, och vad sjuksköterskan gör där. Det är viktigt att tänka på språket i samtalet med patient eller anhöriga. Även om båda parter pratar samma språk, kan exempelvis medicinska begrepp göra att missförstånd eller oförståelse uppstår. Det kan vara enklare att få en patient eller anhörig att godkänna vården om de får vara delaktiga och involverade i vårdens olika steg.

Sjuksköterskans inställning

Sjuksköterskans inställning är i många fall avgörande för en god vård. Kategorin kan delas in i två underkategorier: *positiv attityd*, som tar upp vikten av att ha den rätta inställningen, och *negativa attityders spridning*, som beskriver hur en persons negativa inställning sprider sig till andra.

Positiv attityd

Sjuksköterskans inställning är en utgångspunkt för att kunna förse med en god vård. I transkulturella vårdmöten är det inte ovanligt att vårdpersonal känner sig rädda och osäkra, om det är en ny situation. Men om personalen istället är nyfiken och rannsakar sina egna föreställningar inför mötet kan en god vård uppnås:

Ha rätt inställning, för alla är ju människor. Vi är ju precis likadana. Att en är i nöd och en är den som hjälper i nöd. [...] När du nu går dit får du tänka på; "Vad är målet idag? Vad vill jag uppnå med det här besöket?". Så det är mycket med arbetet med sig själv innan man går till patienten. (Informant 4)

Utmaningar som uppstått i sen palliativ vård kan vara mycket svåra och påfrestande för vårdpersonalen, vilket kan leda till att arbetet blir lidande. Då är det viktigt att minnas sin uppgift och att det är patientens lidande som står i fokus:

Det är liksom människor i nöd, liksom människor som lider. Hur jobbigt det än är... De lider... Det får man inte glömma. [...] Det är det jag tycker är viktigt, man får inte glömma vad det är man gör där liksom. Och att det är inte vi som är offer, bara för att vi inte får göra vissa grejer, det är fortfarande de som är offer i sjukdomen. (Informant 4)

Negativa attityders spridning

Ett stort hinder för att uppnå en god transkulturell vård är fördomar som sjuksköterskor har för patienter/familjer. När en sjuksköterska har upplevt ett negativt möte med en patient eller anhörig, sprids det till kollegorna som får en förutfattad bild av hur ett möte med den personen är. När en annan sjuksköterska sedan ska besöka patienten riskerar hen att ha en negativ inställning om hur mötet ska bli:

Liksom man har så förutfattade meningar om personer. Har det vart ett motstånd för en sjuksköterska så sprids ryktet bland alla och då kommer man dit med en negativ bild. Och då blir hela mötet negativt [...] Då blir det bara en kedjeeffekt för de andra sjuksköterskorna som kommer för att göra sitt jobb. Så det är nog det jag känner här, mycket handlar om attityd och fördomar. (Informant 4)

En vanlig fördom bland sjuksköterskor är att de transkulturella möten som de möts av endast sker med utlandsfödda personer, men i själva verket kan det bli minst lika stora kulturkrockar mellan två svenskfödda personer:

Och då pratar jag inte om bara... Om bara de med utländsk bakgrund utan det kan också vara svenskfödda som har sin tro. Och så ska man försöka förhålla sig till den. (Informant 4)

Resurser för en god transkulturell vård

Resurser för en god transkulturell vård delades upp i: *organisatoriska förutsättningar*, som understryker de faktorer sjuksköterskan endast till viss del kan påverka, men som behövs för den goda vården, och *kompetens*, såsom yrkeserfarenhet och kulturell kompetens.

Organisatoriska förutsättningar

För att tillhandahålla en god transkulturell vård i ett sent palliativt skede krävs vissa förutsättningar. En viktig förutsättning för att upprätthålla en god vård är tid. I arbetet inom hemsjukvård och ASIH har en sjuksköterska ansvar för många patienter och har ett pressat tidsschema för att hinna med alla. Sent palliativa patienter och dess anhöriga kräver mer tid än övriga patienter, och i de fall där kulturer möts krävs ännu mer tid för en god vård.

Information tar långt tid och kan behöva repeteras flera gånger, tuffa besked kan behöva bearbetas och anhöriga har många frågor:

[...] det här med att sitta tillräckligt, ge information och den här biten tycker jag är svår i hemsjukvården, att kunna ge till en patient. [...] säger de att dottern är på väg eller någonting, ska man vänta. Eller när vi ska ge medicin då får vi vänta och se hur det påverkar, den utvärderingen har vi inte tid med här i hemsjukvården. Vi ger spruta och hoppas att det hjälper, vi kanske är där i några minuter, men då får vi ett larm och måste sticka ut till den andra patienten. (Informant 3)

Både dags- och kvällspersonalen har ett pressat schema och bokar då in mer till nattpersonalen. Schemat på natten kan se lugnare ut, men akuta larm är vanliga vilket gör att även nattpersonalen har stressigt under sina arbetspass:

Sist kom vi halv tolv till en patient, och hon var så arg, så arg. Och vi försökte förklara. [...] hon tappade tråden och sa ”hade jag inte ringt hade ni inte kommit”. Och vi sa ”Jo, det hade vi för det var planerat. Men vi hade... Fem besök klockan tio! Vi kan inte vara hos alla tio.”. [...] och så sa hon ”Jag känner mig inte trygg”. (Informant 2)

En annan förutsättning som krävs för att kunna ge en god vård i transkulturella möten är att läkaren ger en tydlig ordination om hur patienten ska vårdas. När patienter eller anhöriga ifrågasätter vården är det en stor fördel och trygghet för sjuksköterskan att ha en ordination att vända sig till. Det är inte sjuksköterskans ansvar att ta beslut om att ge vård eller inte ge vård, därför är det viktigt att läkaren har en tydlig ordination som beskriver detta:

[...] ”vi ger dessa läkemedel, dessa doser, i dessa situationer”, ”vi gör inte det, och vi gör inte det”, liksom. Alltså att man har förutsett lite [...] finns det någonting som skulle få oss att skicka in patienten till sjukhus i den här fasen, eller ska vi bara lindra symptom. (Informant 1)

I transkulturella möten där det uppstår utmaningar är det även viktigt att ha kännedom om sjuksköterskans rättigheter och skyldigheter, samt att ha ett etiskt förhållningssätt i beslutsfattande. Det är exempelvis bra att känna till att sjuksköterskan har rätt att ge vård så länge patienten inte motsätter sig. Många verksamheter har dessutom riktlinjer som kan användas som stöd vid olika utmaningar. I vissa verksamheter kan dessa riktlinjer däremot vara svårtillgängliga:

”Finns i styrande dokument” säger de, och det är liksom en databas med massor av rutiner och föreskrifter och sådant där, så *finns i sjön* typ... (Informant 1)

Kompetens

För att kunna ge ett gott bemötande i transkulturell vård är det fördelaktigt att ha förkunskaper kring kultur och kulturell kompetens. Det kan exempelvis handla om att läsa på om den nya

kulturen för att få mer förståelse om patientens situation. Det är viktigt att inte generalisera och applicera kunskapen på alla inom samma religion eller från samma land. Däremot finns det ofta många liknande drag inom olika grenar av religioner eller delar av länder. För att komplettera sina kunskaper är det bra att fråga personen om sin kultur:

[...] om jag är ansvarig sjuksköterska så är det ju upp till mig och sätta mig in i det lite grann, jag kan väl fråga ”hur gör ni där, och hur tänker ni om det” och prata med patienten. Det är ju så med all personcentrerad vård, var man än kommer ifrån. Alla har vi en så kallad livsvärld som jag som vårdare behöver lära känna för att kunna ge en god vård, antingen jag är infödd svensk eller kommer från en annan kultur.
(Informant 5)

Det framkom av intervjuerna att erfarenheter från olika kulturer ökar förståelsen för hur en god relation kan uppstå:

Sen tänker jag också på en sak, nu pratar jag mest om folk från mellanöstern, att man är väldigt, oftast väldigt mån om att bjuda på någonting, det är väl så kanske i Östeuropa också, frukt eller att man lagar mat, eller någonting bakat. [...] Ja, men det är ett sätt att etablera en relation, tycker jag då att man smakar lite grann på det de bjuder. Sen kanske man inte kan göra det varje gång, det är inte det jag menar. Men om man konsekvent säger nej tack, så blir det... För det handlar ju i all vård att bygga en förtroendefull relation. (Informant 5)

En annan slags kompetens som är av vikt i den transkulturella palliativa vården är kunskap och erfarenhet om palliativ vård. En sjuksköterska som är kompetent blir säker i sin arbetsroll och inger då lugn och trygghet i mötet med den sjuka patienten och dess anhöriga:

För mycket i palliativ vård handlar om att utstråla lugn och trygghet liksom. Det tror jag är bättre än mycket morfin och midazolam-injektioner. (Informant 1)

När det uppstår utmaningar är det också till fördel att ha kunskap om vården för att kunna förklara och stå för den vård som är planerad:

Och så blir jag osäker, och så liksom får man gå på de starka känslor och åsikter som uttrycks från patienter eller anhöriga. Till exempel ”ni måste göra detta och detta och detta”, ”jaha... det kanske vi måste göra”. (Informant 1)

I intervjuerna framkom också att man som personal behöver vara uppdaterad, och ett sätt att främja kompetensen är att man får utbildning i palliativ vård regelbundet. Detta gäller speciellt på de arbetsplatser som inte enbart vårdar palliativa patienter. Ett annat bra sätt att som vårdpersonal öka sin kompetens om både kulturer och palliativ vård är att rådfråga kollegor med andra erfarenheter.

Hantering av utmaningar

Hantering av utmaningar kan delas in i två underkategorier: *personalens förståelse för andra kulturer* och *sjuksköterskors bemötande av patient och anhöriga*.

Personalens förståelse för andra kulturer

Det är inte självklart att det västerländska sättet är rätt, underströk en av de intervjuade sjuksköterskorna som hade varit med om patienter och anhörigas negativa inställning till smärtstillande. Sjuksköterskan funderade på om det täta nätverket som var typiskt för denna familjens kultur hjälpte patienten mer än läkemedel och ansåg att utmaningar som dessa kan bearbetas med förtroende. Det är viktigt att visa att man bryr sig om deras uppfattning och tro samt genom kommunikation berätta varför det kan vara bra med smärtlindring. Samma sjuksköterska i samma patientfall bar också på kunskap om varför patienten inte ville ta emot morfin, då det ansågs som en drog, vilket var förbjudet i dennes religion.

Det finns även andra aspekter att ta hänsyn till i dessa möten. Det framkom flera gånger att vissa kulturer har fokus på att anhöriga ska ha ett större inflytande över den enskildes vård än patienten själv. I vissa kulturer fanns det motstånd till att berätta för den sjuke om dennes diagnos och dödligheten. Det hände också att sjuksköterskan befann sig i situationer där det ansågs rätt att beslut togs av make eller familj istället för av patienten själv. En sjuksköterska hade även ställts inför en familj som inte berättade för barnen att en av föräldrarna skulle dö, vilket sjuksköterskan läst kunde bidra till negativa konsekvenser i framtiden för dessa barns psykiska mående. Sjuksköterskan menade däremot att familjens starka nätverk eventuellt kunde ge dessa barn det stöd de behövde, vilket ofta saknas i västerländska familjekonstellationer.

En annan skillnad kulturer emellan var anhörigas vilja att sjukvårdspersonal hela tiden skulle utföra fulla insatser. Två av sjuksköterskorna uppmärksammade detta och underströk betydelsen av sjukvårdspersonalens vilja att hellre ge patienten lugn och ro i den sista tiden:

Det första han ville göra när hon tog sitt sista andetag var att ringa ambulans, det är ju försent, det hjälper ju inte, vi kan inte göra något åt det. (Informant 5)

Men uppfattningarna om döden och hur den ska hanteras är många. Ett annat exempel på en sjuksköterskas observation var omgivningen i det sena palliativa skedet. Hur den i Sverige anses bäst om den är lugn, och i vissa andra kulturer vill ha hela släkten runt den döende. Vilken utmaning det än gällde underströks det dock att kompromisstänket behövdes och kommunikationen var nyckeln till övertygelse om man ansåg att det behövdes.

Sjuksköterskors bemötande av patienter och anhöriga

När en patient eller anhörig motsätter sig något sjuksköterskan rekommenderar är det betydelsefullt att, som sjuksköterska, visa respekt för deras uppfattning och lyssna på vad de säger. I många fall går det då kompromissa och komma fram till något bra tillsammans:

[...] man får ju lyssna hur de vill ha det. Så att de känner sig respekterade, så man får mötas någonstans på halva vägen. (Informant 5)

Det finns också de fall där patient eller anhöriga motsätter sig vården i så stor utsträckning att vårdpersonalen inte kan utföra sitt jobb, trots försök att samarbeta. Detta är ofta krävande för personalen när de vill göra gott och minska lidande:

Men familjen sa ”nej ge ingenting”. Och så står man där och ser patienten lida och man får inte göra någonting... Man får inte göra sitt jobb. Och där kommer etiken in. (Informant 4)

I dessa komplexa och påfrestande situationer kan det vara positivt att två vårdpersonal åker på hembesöket tillsammans, så att de kan byta av varandra när det blir för krävande.

När patient eller anhöriga ifrågasätter eller motsätter sig vård är det sjuksköterskans ansvar att inte bara acceptera svaret, utan istället försöka förstå deras synvinkel. För att underlätta för vårdpersonalen kan verksamheten sammanställa frågor som hjälp vid dessa situationer:

[...] ibland kan en patient säga sådär ”jag vill inte ha morfin” [...] Och då anser jag att som personal kan man inte bara säga ”nehe, okej då”, utan då får man ju säga ”varför inte det?” och liksom börja nysta i det. Och det är ju såna frågor då typ som att man frågar vidare, att man inte bara finner sig i svaret, man försöker förstå varför. (Informant 5)

För att kunna ge en god transkulturell vård i sent palliativt skede krävs en god relation mellan patient/familj och vårdpersonal. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna respektera de traditioner och ritualer som patienten/familjen har, exempelvis i samband med dödsfall. Genom att vara lyhörd, öppen och känna in situationen kan sjuksköterskan lättare framstå som respektingivande:

Då kände jag att i vanliga fall kan vi som sköterskor konstatera dödsfall, men här gick det inte, utan jag sa ”vill du att doktorn kommer sen?”. [...] sen kom vi tillbaka senare både jag och läkaren, och så konstaterade vi dödsfall. För det är mer tyngd i det ju, att en läkare gör det. (Informant 5)

Det är också av värde att ha patienten som person i fokus under hembesöken. Ibland när anhöriga tar mycket plats eller sjuksköterskan koncentrerar sig på de vårdmoment som ska utföras finns risken att patienten hamnar ur fokus:

[...] men jag brukar försöka att titta patienten i ögonen och ge dem en lite längre blick än som är vanligt kanske, och visa att jag ser dig, och sen försöka prata till patienten, även om patienten kanske till synes inte är kontaktbar. Det tror jag, oavsett kultur liksom, att människor behöver bli sedda. (Informant 1)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod passar bra när syftet är att undersöka människors upplevelser och erfarenheter (Danielsson, 2017a). Anledningen till att en empirisk intervjustudie utfördes istället för en litteraturstudie var främst för att detta efterfrågades av hemsjukvårdsenheten som den här studien skrevs i samarbete med. Syftet handlar om att öka förståelsen kring en viss situation, utmaningar som kan uppstå i transkulturella möten inom sen palliativ vård, vilket enligt Danielsson (2017a) lämpar sig för en intervjustudie.

Efter samtal med enhetschefen på hemsjukvårdsenheten togs beslut om att sjuksköterskor som arbetat på arbetsplatsen i mindre än sex månader skulle exkluderas från studien. Detta för att sannolikheten att sjuksköterskan har erfarenhet av transkulturella utmaningar i sen palliativ vård, ökar med anställningens längd. För att nå dessa erfarenheter var ett inklusionskriterium att sjuksköterskan arbetar med palliativ vård.

Informanter valdes ut med ett maximalt varierat urval, vilket är en styrka i en studie med litet urval och ökar resultatets tillförlitlighet (SBU, 2017; Kristensson, 2014). Däremot hade inte vi som studiens författare insyn i hur sjuksköterskorna valdes ut, utan uppdraget gavs till enhetschefen på hemsjukvårdsenheten, vilket kan ses som en brist i metoden. Å andra sidan fanns tydliga kriterier för urvalet, och det hade varit svårt att nå ut till sjuksköterskorna utan enhetschefens hjälp.

Henricson och Billhult (2012) förklarar den goda selektionen av informanter i studier som den där man kan förvänta sig olika synvinklar och olika svar för att få en så bred förståelse för ämnet som möjligt. De tar upp ålder och kön som klassiska exempel där olikheter av upplevelser kan variera. Dessa två kriterier användes för att få en variation hos den här studiens informanter. Sjuksköterskorna valdes också ut med spridning kring antalet år som informanterna arbetat som sjuksköterska, år på arbetsplatsen och kulturell bakgrund, för att minska risken för ett homogent urval. Danielson (2012) berättar om att välja ut informanter med olika bakgrund för att få en stor variation i urvalet. Kriteriet kring kulturell bakgrund användes därför för att få en ökad spridning och stärkt resultat, inte för att sammanknyta några egenskaper till specifika kulturer vilket tåls att poängtera.

Variationen i urvalet var liten avseende sjuksköterskornas ålder. Fyra av fem sjuksköterskor var mellan 30 och 35. Däremot varierade dessa sjuksköterskors år av erfarenhet, både som sjuksköterskor och på arbetsplatsen, desto mer, vilket anses mer väsentligt än åldern. Inga slutsatser kring skillnader i informanternas svar kunde göras då urvalsgruppen var för liten.

I planeringen av studien bestämdes det att sex sjuksköterskor skulle intervjuas. På grund av svårigheter att hitta sjuksköterskor som hade tid för intervju, i kombination med vår tidsbegränsning i arbetet med studien, togs beslutet att fem intervjuer räckte för ett

innehållsrikt resultat. Däremot hade datamättnad ännu inte fastställts, vilket kan ses som en brist i studiens resultat (SBU, 2017).

När en sjuksköterska visat intresse för deltagande i intervjun fick hen ta del av ett informationsbrev (bilaga 1), som hen behövde godkänna för att intervjun skulle kunna äga rum. Ett sådant godkännande är nödvändigt för att respektera intervjupersonerna, men också för att ta hänsyn till forskningsetiken (Kristensson, 2014). Då utmaningar i transkulturella möten inom sen palliativ vård kan uppfattas som ett känsligt ämne har grundtanken under hela arbetet varit att undvika missförstånd, exempelvis genom att noggrant formulera intervjuguiden, samt med finkänslighet leda samtalen under intervjuerna, så att stigmatiserade och värdeladdade begrepp inte skulle förekomma. Lönn Svensson (2012) berättar om handledarens viktiga roll i examensarbetet och hur viktigt det är att utnyttja den fullt ut. Efter vägledning från studiens handledare kunde lämpliga intervjufrågor formas. Handledaren berättade även om de etiska kriterier i den kvalitativa intervjun som skulle följas, exempelvis fullständig information om studien till deltagarna och radering av materialet efter transkribering. Danielson (2012) berättar om kraven för etiskt godkännande för intervjustudier där hon bekräftar handledarens uppmaningar om att deltagarna ska ha givits information och att materialet ska ha raderats efter kortvariga studier.

I början av intervjun vid frågan om vilken kulturell bakgrund sjuksköterskan tillhör, svarade majoriteten vilken etnisk bakgrund de har. Om begreppet kultur hade definierats före frågan ställdes skulle svaren troligtvis blivit annorlunda. Frågan om kulturell bakgrund fanns med i intervjuguiden framförallt för att se urvalets variation.

Intervjuernas mediantid var 18 minuter, vilket kan anses något kort då ämnesområdet kan upplevas komplext. Detta kan ses som en svaghet i studien. Orsaken till intervjuernas längd varierade från fall till fall. I två fall uttryckte informanterna att de inte hade mer att tillägga och avrundade intervjun. En informant hade förberett sig på vad hen skulle berätta och samtalet gick då snabbt framåt, trots innehållsrikt samtal. Vid en intervju avbröt en kollega till informanten samtalet, och upplyste om att de var något stressade och behövde informantens hjälp, vilket medförde att intervjun avslutades tidigare än planerat. Resultatet hade troligtvis kunnat bli mer innehållsrikt och djupare vid längre intervjuer. I planeringen av studien togs beslut, tillsammans med handledare och hemsjukvård, om att intervjuerna skulle sträcka sig över 20–30 minuter. Detta på grund av både tidsbegränsningen som vi författare hade för transkribering, samt sjuksköterskornas fullbokade schema.

Intervjun analyserades genom innehållsanalys, vilket är en väl beprövad metod som är vanlig inom hälso- och vårdvetenskap (SBU, 2017). Då Wibeck (2012) diskuterar vikten av att hitta ett stringent sätt att finna kategorier i resultatet ansågs den manuella metod som användes i analysen av den insamlade data var passande. Den gjorde att vi tydligt kunde se vilka ämnen det talades om, och hitta gemensamma nämnare som sedan skapade de kategorierna som valdes.

Under hela studiens arbete har vi som författare försökt att rannsaka våra förutfattade meningar och fördomar, för att öka arbetets pålitlighet. I analysen av intervjuerna skedde tolkning med försiktighet och vi var medvetna om risken för att vår förförståelse kunde

speglas i resultatet. Genom att tillsammans analysera intervjuerna kunde vi hjälpa varandra att inte tolka in vår egen förförståelse. Vid analysen av intervjuerna var det också till fördel att vi båda deltagit under samtliga intervjuer, då vi tillsammans kunde minnas det som inte går att läsa sig till i transkribering, såsom miner, stämning, känslor, etcetera. För att öka studiens bekräftelsebarhet har vår handledare tagit del av några intervjuer samt givit synpunkter under analysarbetets gång (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatets överförbarhet är relativt hög. Delarna av resultatet som beskriver hantering av utmaningar samt förbättring av goda transkulturella möten kan användas i all hälso- och sjukvård där sent palliativa patienter förekommer. Vissa delar av resultatet skulle även kunna appliceras på andra transkulturella vårdmöten.

I början av arbetet med studien valde vi att fokusera på skillnader i åsikter, åsiktsmotsättningar, i transkulturella vårdmöten. Under arbetets gång upptäckte vi dock att resultatet var djupare än så, det handlade inte bara om åsikter utan värderingar, förståelser och tolkningar. Vi valde därför att byta ut det inledande begreppet ”åsiktsmotsättningar” till det bredare begreppet ”utmaningar”.

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden i studien handlar om sjuksköterskans roll att inta en förstående inställning. Det handlar om att i det transkulturella mötet arbeta för att bli av med sina fördomar som försämrar patientens vård, inte anta det västerländska sättet som korrekt och att veta att patientbesöket inte kommer bli negativt bara för att det förra ansågs vara det. Det går inte att hantera utmaningar utan att informera utförligt, så patienten/anhörig förstår, och vara intresserad av det som berättas för en.

Sjuksköterskan som arbetar i hemmet behöver kulturell kompetens och palliativ kompetens för att klara av de svåra transkulturella möten som kan uppstå i patientens slutskede av livet. Verksamheten behöver ge sjuksköterskan förutsättningar för att klara av detta, exempelvis tillräckligt med tid och lättillgängliga riktlinjer.

Sjuksköterskors erfarenheter av utmaningar som kan uppstå i transkulturella möten inom sen palliativ vård kan delas in i kategorierna: *uppkomsten av utmaningar, betydelsen av kommunikation, sjuksköterskans inställning, resurser för en god transkulturell vård samt hantering av utmaningar.*

Att mötas på halva vägen

I intervjuerna diskuterades dilemmat med olika kulturella uppfattningar kring god vård, samt vikten av att sjuksköterskan tar hänsyn till detta i sitt arbete. Vården som fokuserar på patient respektive familj ställdes emot varandra i patientfall som informanterna berättade om. Leininger beskrev tidigt hur begreppet person inte anses som det centrala i alla kulturer, utan ofta ersätts med familj (MacFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Diver, Molassiotis och Weeks

(2003) styrker detta och menar att familjecentrerad vård, som förekommer i många kulturer, är positiv för patienten och vården. Frågor om den döende personens självbestämmanderätt väcktes även i intervjuerna. I Sverige har vi bestämmelser kring att patienten har rättighet till att välja sin vård, mediciner och behandling till stor del, samt att patienten ska vara involverad (SFS: 2014:821). När flertalet medlemmar i ett samhälle stödjer och utövar en viss kultur ses den som rätt och normal, och den kulturen som utövas av få medlemmar i samhället ses då som onormal (Barbosa Da Silva & Ljungquist, 2003). Chater och Tsai (2008) beskriver att den västerländska uppfattningen om rätt och fel bland annat bygger på västerländska filosofers tänkande. Därför är det viktigt att sjuksköterskan beaktar att det hen kanske tycker är rätt, är ett resultat av västerländsk filosofi kring rätt och fel. Det är viktigt att sjuksköterskan, även om det svenska tankesättet skiljer sig från patientens, respekterar dennes kultur och traditioner.

Flera informanter lyfter sjuksköterskans viktiga roll att fråga om traditioner och uppfattningar som går emot de nuvarande svenska, men samtidigt respektera och inte tvinga. Den etiska koden för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) beskriver sjuksköterskans skyldighet att visa respekt inför andras traditioner och tro. Jirwe et al. (2014) beskriver vikten av att sjuksköterskan reflekterar över sin egen kulturella bakgrund och sina värderingar för att få ökad förståelse för hur traditioner uppstår, och på så sätt enklare kunna respektera patientens/anhörigas kultur och värderingar.

Leiningers beskrivning av begreppet hälsa är *ett mående som kan definieras olika, beroende på ens kulturella bakgrund*. Den transkulturella omvårdnadsteorin som formats av Leininger har tre fundament: kulturupprätthållande, kulturkompromissande och kulturstrukturerande. Att upprätthålla kultur innebär en beskyddande syn av patienternas kultur. Att inte försöka ersätta andras kulturella idéer med ens egna, bara för att man är obekant med deras. Kompromisser mellan kulturer handlar om att tillmötesgå andras önskningar som gynnar deras kultur för att driva igenom egna önskningar som gynnar ens egna syn på vad god vård är. Strukturerandet av kulturen innebär att vara medveten om de strukturer i samhället som formar kultur för att kunna förstå varför människor är som de är (MacFarland & Wehbe-Alamah, 2014). Dessa sätt att förstå transkulturella möten finns i den här studiens resultat där flera informanter poängterat att det är sjuksköterskans skyldighet att respektera patienternas kultur och ta hänsyn till dem, lyssna och i det sträva efter att upprätthålla palliativa principer.

Tolk och kommunikation

Kemp (2005) berättar om patientens frustration över den extra kraft som behövs för kommunikation med vårdpersonal i situationer där språket är ett hinder, och hur allt patienten egentligen skulle vilja säga inte sägs. Hur kommunikationen på det egna språket är essentiell i det sena palliativa skedet beskrivs även i intervjuerna. Diver et al. (2003) bekräftar detta genom att lyfta det missförstånd som kan uppstå när patienten kan tala sjuksköterskans språk till viss del och sjuksköterskan då antar att patienten förstår all information som hen får.

En paradox som framkom i intervjuerna var att trots att alla vårdare ansåg att kommunikationen i vårdmöten väger tungt, så såg de olika på själva tolkhjälpen. Åsikterna kring vikten av att använda professionell tolk eller anhöriga som tolk skilde sig mycket åt mellan informanterna. Diver et al. (2003) diskuterar att åsikter om familjemedlemmar som tolkar är ett återkommande dilemma. De menar att uppfattningar skiljer sig. Att en tolkande familjemedlem kan bidra till en mer individualiserad vård då familjemedlemmen kan förklara aspekter kring patienten, som en utomstående tolk inte kan. Samtidigt ses det problematiskt att den tolkande anhöriga kanske översätter mer vinklat till deras åsikt, eller att kraven som ställs på denna anhörig när betungande eller privata samtal behöver ske. Att anhöriga tolkar i den utsträckning de idag gör, kan i vissa sammanhang göra att den professionella tolken används mycket begränsat, vilket väcker oro då man inte vet vad det innebär för patienten och personalens förmåga att vårda patienten. Dessa frågor behöver ytterligare utredning och fortsatt forskning.

God transkulturell omvårdnad

En sjuksköterskas arbete att försöka tillhandahålla en god transkulturell vård kan vara krävande. Det är något som flera informanter lyfter i den här studien. Anderson et al. (2003) beskriver att fördomar hos vårdpersonal inte är förenliga med god vård. Sjuksköterskors egna fördomar och negativa inställning kan hindra god vård, då sjuksköterskan är inställd på att vårdbesöket ska bli negativt, redan innan besöket ägt rum. Diver et al. (2003) belyser vikten av att som sjuksköterska vara medveten om sin egen förförståelse och sina fördomar för att kunna tillhandahålla en god transkulturell vård. Dellenborg, Skott och Jakobsson (2012) föreslår att vårdpersonal ska erbjudas tid för reflektion, diskussion och eventuell vägledning med fokus på sjuksköterskans attityder och omvårdnad.

Somerville (2007) berättar om sjuksköterskans problem med den goda kommunikationen till patienten av en annan kultur och hur man finner den. I intervjuerna beskrivs att god transkulturell kommunikation kräver tid, vilket bara verksamheten kan anordna.

MacFarland och Wehbe-Alamah (2014) berättar hur Leininger tidigt ansåg att den kulturella kunskapen om omvårdnad borde användas för att göra vården mer betydelsefull för patienten. I våra intervjuer beskrivs sjuksköterskans nytta av kulturell kompetens, både genom en vetskap om hur samtal med patient och anhöriga, som tillhör en skild kultur, ska gå till, samt förklarande av sjuksköterskans skyldighet att läsa om olika kulturer och religioner för att kunna få ökad förståelse av patienten. Diver et al. (2003) lyfter också fördelen av sjuksköterskans kulturella kompetens, både generell och specifik. Dellenborg et al. (2012) menar däremot att risken för att sjuksköterskans specifika kulturella kompetens bidrar till stereotypering av patienter är större än chansen att kompetensen bidrar till ökad förståelse av patienten, om vårdaren inte också talar med den enskilde patienten. Diver et al. (2003) beskriver vidare nyttan av att rådfråga sina mer erfarna kollegor för att öka sin kulturella kompetens, vilket även lyfts i den här studiens intervjuer.

Implementering i sjukvården

Resultatet i studien kan användas i arbetet för att uppnå en god transkulturell palliativ vård. Genom att sjuksköterskor reflekterar över sin förförståelse och attityd, före mötet med en patient, kan mötet gynnas. Dessutom behöver sjuksköterskorna ha kunskap kring palliativ vård samt kulturell kompetens för att kunna undgå olika utmaningar vid värderingskonflikter som kan uppstå. Verksamheten har ett ansvar att se till att sjuksköterskorna har den tid som behövs för att kunna tillgodose bästa möjliga vård, samt att erbjuda utbildningstillfällen. Läkare kan underlätta sjuksköterskans transkulturella möte genom att ge en tydlig ordination om patientens vård.

Slutsats

Sjuksköterskors erfarenheter av den palliativa transkulturella vården beskrevs som komplicerade i många fall. För att lösa oenigheter mellan sjuksköterskan och patienten/anhöriga krävdes en förståelse hos sjuksköterskan, både för andra kulturer och om varför skilda uppfattningar uppkommit, samt kompetensen att kunna besvara invecklade situationer med rätt attityd. Det är sjuksköterskans eget ansvar att öva upp sin kompetens, samt att reflektera över sina förförståelser. För att sjuksköterskan ska kunna upprätthålla en god vård, trots utmaningar, krävs också vissa förutsättningar från verksamheten och kollegorna.

Referenslista

- 1177 Vårdguiden. (2018). *Vård i hemmet*. Hämtat 2019-04-04 från: <https://www.1177.se/stockholm/sa-fungerar-varden/varden-i-stockholms-lan/vard-naradig/vard-i-hemmet/>
- Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79.
- Ansuya. (2012). Transcultural nursing: cultural competence in nurses. *International Journal of Nursing Education*, 4(1), 5–7.
- Barbosa da Silva, A & Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-M. (2017). Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systematiskt förhållningssätt. I E. Benzein, M. Hagberg, & B-M. Saveman (Red). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144115870
- Blackford, J. (2003). Cultural frameworks of nursing practice: Exposing an exclusionary healthcare culture. *Nursing Inquiry*, 10(4), 236-244.
- Chater K, & Tsai C. (2008). Palliative care in a multicultural society: a challenge for western ethics. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 95–100.
- Cowan, T & Norman, I. (2006). Cultural Competence in Nursing: New Meanings. *Journal of transcultural nursing*, volym 17 (1), 84. Doi: 10.1177/1043659605281976
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 164-174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-300). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2012). Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: Experiences of health care practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 342-350. doi:10.1177/1043659612451258

Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003). The palliative care needs of ethnic minority patients: Staff perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(8), 343-351. doi:10.12968/ijpn.2003.9.8.11526

Etikprövningsmyndigheten (u.å.). *Ansökningsprocessen*. Hämtad 2019-04-01 från: <https://etikprovning.se/>

Gunaratnam, Y. (2007). Intercultural palliative care: Do we need cultural competence? *International Journal of Palliative Nursing*, 13(10), 470-477.

Gustafson DL. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2–16.

Göteborgs stad. (2018). *SDN-presentationer*. Hämtat 2019-03-06 från, https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/statistik-och-analys/goteborgsbladet/hamta-statistik/sdnpresentationer!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTYzcDQy9TAy9_T3MDQwCvYMTXXzcXQ0cPcz1w8EKAgx dHA1NgAoMPAzdDBwDXc38glxNDAx8TPWjiNFvgAIcDZyCjJyMDQzc_Y2I049HQRSG8cgW6RfkhoaGOioqAgCXV08j/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Helman, C. (2007). *Culture, health and illness* (5 uppl.). London: Hodder Arnold.

Henricson, M & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 130-137). Lund: Studentlitteratur AB.

Jirwe, M., Momeni, P., & Emani, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 341-360). Lund: Studentlitteratur.

Kemp, C. (2005). Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(1), 44-52.

Kristensson, J. (2016). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur

LeBlanc, T. W., O'Donnell, J. D., Crowley-Matoka, M., Rabow, M. W., Smith, C. B., White, D. B., ... Schenker, Y. (2015). Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: A mixed-methods study. *Journal of Oncology Practice*, 11(2), 230–238. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001859>

Lindqvist, O & Rasmussen, B. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I Edberg, A-K., & Wijk, H. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144083551

Lönn Svensson, A. (2012).Handledning av examensarbete. I M. Henricson (Red.).
Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (s. 524-540). Lund:
Studentlitteratur AB.

MacFarland, M & Wehbe-Alamah, H. (2014). The Theory of Culture Care Diversity and
Universality. I MacFarland, M & Wehbe-Alamah, H. (Red.). *Leininger's Culture Care
Diversity and Universality*. 3 uppl. Burlington: Jones and Bartlett Learning. ISBN:
9781284026627

Migrationsinfo. (2016). *Sverige*. Hämtat 2019-05-08 från:
<http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>

Migrationsinfo. (2017). *Flyktingar*. Hämtat 2019-05-08 från:
<http://www.migrationsinfo.se/flyktingar/>

Mitchell, A. M., Gale, D. D., Matzo, M. L., McDonald, M. C., & Gadmer, N. (2002). Critique
of transcultural practices in end-of-life clinical nursing practice. *Nursing Forum*, 37(4), 24-31.
doi:10.1111/j.1744-6198.2002.tb01289.x

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson
(Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-437).
Lund: Studentlitteratur AB.

Nursing. (1996). Transcultural nursing: essential for excellence... Madeleine Leininger.
Nursing, 26(1), 76–79.

Office for National Statistics. (2015). *International migration: A recent history*. Hämtad:
2019-04-03 från
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/articles/internationalmigrationarecenthistory/2015-01-15>

Richardson, A., Thomas, V. N., & Richardson, A. (2006). "Reduced to nods and smiles":
Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority
groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 93-101.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*.
Hämtad: 2019-03-06 från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Somerville, J. (2007). The paradox of palliative care nursing across cultural
boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(12), 580-587.
doi:10.12968/ijpn.2007.13.12.27886

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i
hälso- och sjukvården: En handbok* (2. uppl. ed.). Stockholm: Statens beredning för
medicinsk utvärdering (SBU).

Statistiska centralbyrån. (2018). *Invandring till Sverige*. Hämtat 2019-03-06 från, <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/>

Strang, P. (2012). *Palliativ vård inom äldreomsorgen*. Höganäs: Vårdförlaget

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening (2015). *Familjefokuserad omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Tasseff, T. L., Tavernier, S. S., Watkins, P. R., & Neill, K. S. (2018). Exploring Perceptions of Palliative Care Among Rural Dwelling Providers, Nurses, and Adults Using a Convergent Parallel Design. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 18(2), 152–188. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.14574/ojrnhc.v18i2.527>

Trans-kulturell. (2007). I *Svenska akademiens ordbok*. Hämtad från: https://www.saob.se/artikel/?seek=transkulturell&pz=1#U_T2241_83569

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 194-214). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1 – information till forskningsperson

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av åsiktsmotsättningar som kan uppstå i transkulturella möten inom sen palliativ vård. Många kulturer har olika traditioner kring hur vård vid livets slutskede ska gå till, vilket ibland kan krocka med den vården dagens sjuksköterskor har lärt sig. Vid en sådan situation kan en åsiktsmotsättning uppstå. Vi hoppas att med studien kunna bidra till bättre förutsättningar för en god vård och omvårdnad i det sena palliativa skedet.

För att samla in data till studien ska sjuksköterskor intervjuas om sina erfarenheter kring dessa situationer. Studien utförs i samarbete med hemsjukvården, och det är därför du blir tillfrågad.

Vi som utför studien heter Alice Ramtjärn och Hanna Ågren. Vi läser termin fem på Sjuksköterskeprogrammet på Sahlgrenska akademien. Intervjuerna är grunden till vårt examensarbete.

Hur går studien till?

Vi kommer vid ett tillfälle intervjua dig med frågor om dina erfarenheter av transkulturella möten i sen palliativ vård. Intervjun tar ungefär 20–30 minuter. Vi är flexibla och kan anpassa datum och tid för intervjun efter ditt schema. Intervjun kommer spelas in på diktafon.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig.

Intervjun kommer spelas in. Det är endast vi som utför studien, Alice och Hanna, som kommer ta del av materialet. Efter transkribering och analys av intervjun kommer hela inspelningen att raderas permanent.

Den data som samlas in utifrån din intervju kommer vara helt anonym. Inga namn kommer nämnas i det färdiga arbetet.

I samband med intervjun kommer du få redovisa vissa uppgifter om dig själv, till exempel kön, antal år på arbetsplatsen, etc. Dessa uppgifter kommer redovisas i det slutgiltiga arbetet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När studien är klar kommer vi besöka hemsjukvården och berätta om vårt arbete och vårt resultat. Du kan även få tillgång till det slutgiltiga arbetet i skriftlig form om du så önskar.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning delas ut efter deltagande.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av oss ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Kontaktuppgifter till författarna

Bilaga 2 – intervjuguide

- Ålder
- Kön
- År som sjuksköterska
- Tid på arbetsplatsen
- Kulturell bakgrund

Förklara begreppen transkulturell vård och sen palliativ vård.

Frågor:

- Hur uppfattar du den transkulturella vård som ni tillhandahåller till patienter i sent palliativt skede?
 - Verksamheten
- Berätta om dina erfarenheter av kulturella åsiktsmotsättningar som uppstått i sena palliativa vårdsituationer.
 - Patient/anhörig
 - Hur hanterade du den situationen?
- Vilka hinder kan du se för en god transkulturell vård?
- Vilka förutsättningar anser du behövs för att du ska kunna ge en god transkulturell vård?
 - Vad kan hända annars?
- Vilka hjälpmedel underlättar i transkulturella vårdmöten?
 - Har ni tillgång till dessa hjälpmedel
 - Om ja, har du något exempel på situation där dessa har använts
- Övrigt?